



AXA Seguros, S.A. de C.V.

# Gastos Médicos Mayores Flex Plus

Condiciones generales



**Extracto:**  
**Beneficios Incluidos en la**  
**Cobertura básica**

## 2. Beneficios Incluidos en la Cobertura básica

### 2.1 Beneficio de Atención Médica

El objeto de este beneficio es indemnizar al Asegurado las siguientes Consultas o pruebas médicas. Podrán utilizar a nuestro proveedor exclusivo AXA Keralty solo agendado una cita llamando al (55) 5169 3080.

- Uno de los siguientes estudios al año:
  - Papanicolaou (edad recomendada a partir de los 18 años).
  - Antígeno prostático (edad recomendada a partir de los 40 años).
- Una Consulta o Videoconsulta al año con un Médico General, Ginecólogo o Pediatra.
- Una Consulta o Videoconsulta al año con un Nutriólogo (sin referencia médica).

Cuando el Asegurado realice el estudio por medio de otros Proveedores el pago por realizar será vía reembolso por el monto que se muestra en el Anexo 2: Tabla de indemnización para el Beneficio de Atención Médica, al final de las presentes Condiciones generales. A diferencia de la cobertura de Honorarios Médicos que contempla la cobertura básica, para este beneficio no es necesario contar con un diagnóstico ni rebasar el Deducible contratado. No aplica Deducible ni Coaseguro.

### 2.2 Beneficio +Care

El Asegurado obtendrá 5% de descuento en el Coaseguro en el total de los gastos programados, cuando sea diagnosticado y requiera Tratamientos para padecimientos oncológicos (cáncer) y ortopédicos (columna, cadera o rodilla). Este último incluye cirugías iniciales, reintervenciones quirúrgicas, reemplazos articulares, uso de materiales biológicos, instrumental quirúrgico especializado e injerto.

Además, tendrá acceso al programa de acompañamiento y asesoría personalizados de +Care para recibir sin costo adicional y de forma personalizada: Home care; envío de Medicamentos a domicilio y apoyo en trámites para la Programación de Servicios médicos especializados utilizando los recursos de Prestadores en Convenio dentro de este programa.

En caso de oncología, adicionalmente recibirá: asesorías para un plan nutricional y soporte psicológico para el Asegurado y sus familiares.

Para acceder a este descuento y conocer los Proveedores en Convenio del programa, el Asegurado debe utilizar la Programación de Servicios llamando al 800 AXA CARE (292 2273) o [axacare@axa.com.mx](mailto:axacare@axa.com.mx) y seguir los protocolos al 100%.

**Extracto:**

**Coberturas relacionadas  
con maternidad**

## 1.20 Maternidad

Las siguientes coberturas aplicarán siempre y cuando la madre Asegurada cumpla con el Periodo de Espera correspondiente:

### a) Ayuda por maternidad

Indemnizar la Suma Asegurada especificada en la carátula de la Póliza para esta cobertura, sin aplicar Deducible ni Coaseguro, siempre y cuando la Asegurada, al momento del evento de maternidad, cumpla con lo indicado en el apartado IV. Cobertura Básica: 3. Periodo de Espera.

La Compañía podrá adelantar la indemnización a la Madre Asegurada a partir de la semana 29 (veintinueve) de gestación, sujeto a que entregue a la Compañía la interpretación del ultrasonido y que cumpla el periodo de espera en la presente Póliza al momento de solicitar este beneficio.

### b) Complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio

Quedarán cubiertos los gastos médicos y hospitalarios de la Madre Asegurada que se generen única y exclusivamente de las siguientes complicaciones, siempre y cuando la Asegurada al momento del evento cumpla con lo indicado en el apartado IV. Cobertura Básica: 3. Periodo de Espera.

- Embarazo extrauterino.
- Embarazo molar.
- Los estados de fiebre puerperal.
- Enfermedad hipertensiva del embarazo, pre eclampsia y eclampsia.
- Placenta aceita.
- Placenta previa.
- Atonía uterina.
- Óbito, muerte fetal o huevo muerto retenido.
- Diabetes gestacional.
- Procedimiento de cerclaje.
- Púrpura trombocitopénica.

### c) Cobertura del recién nacido con beneficio AXA

El recién nacido podrá ser dado de Alta en la Póliza de la Madre Asegurada exento del proceso de selección médica, quedando Asegurado desde su fecha de nacimiento.

En este caso se cubren desde el nacimiento, los gastos por los Tratamientos por inmadurez o prematurez, Enfermedades genéticas, Enfermedades Congénitas incluyendo implante coclear, trasplante de córnea, estrabismo y circuncisión, únicamente por fimosis, así como Accidentes o Enfermedades. Siempre y cuando al nacimiento del menor la Madre Asegurada cumpla con lo indicado en el apartado IV. Cobertura Básica: 3. Periodo de Espera y cumpla con lo señalado en el apartado IX. Cláusulas generales: 12. Altas.

Si la Madre Asegurada no cumple con lo anterior, deberá de solicitar la inclusión del recién nacido de acuerdo con la cláusula de Alta de estas Condiciones generales, debiendo entregar la Solicitud de Seguro requisitada y firmada, la cual se someterá al proceso de selección y no aplicará el beneficio de esta cobertura.

- a) No se cubrirán los Gastos derivados de Maternidad Subrogada, Tratamientos o procedimientos para control de la fertilidad, infertilidad, natalidad o Reproducción Asistida ni cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus causas.**
- b) Gastos derivados por complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio, cuando la gestación sea producto o deriva de Tratamientos para tratar la infertilidad, esterilidad o cuando se haya realizado un Tratamiento para la Reproducción Asistida, salvo lo especificado en la cobertura 5. Emergencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no Cubiertos (CGMM).**
- c) Gastos derivados por complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio derivados de Enfermedades y procedimientos del feto.**
- d) Enfermedades Congénitas, Genéticas, Enfermedades o complicaciones de recién nacido prematuro, originados por alcoholismo o drogadicción de alguno de los padres incluyendo cuando sean sujetos de un Tratamiento de Reproducción Asistida, infertilidad o esterilidad.**
- e) Enfermedades Congénitas, genéticas, Enfermedades o complicaciones de Recién Nacido prematuro, cuando alguno de sus padres se haya sometido a un Tratamiento de Reproducción Asistida, infertilidad o esterilidad.**

**Extracto:  
Procedimientos para el  
uso de tu póliza- ¿Qué  
hacer en caso de un  
Siniestro?**






## Anexos

### Anexo 1: Procedimientos para el uso de tu Póliza

#### ¿Qué hacer en caso de un Siniestro?

Frente a una Emergencia de salud, mantén la calma, estamos a tu lado. Si experimentas síntomas que requieren atención inmediata, acude al hospital en convenio más cercano para recibir Tratamiento médico.

-   
**1.**  
Identifícate como asegurado AXA (credencial de asegurado, INE y/o número de póliza)
-   
**2.**  
Notifícanos a en la aplicación My AXA con el botón “Ya estoy en el hospital”.
-   
**3.**  
Asegúrate de que el hospital haya informado tu ingreso a AXA

Si necesitas asesoría sobre trámites o información de tu Póliza antes o después de la Hospitalización, llama al **800 001 8700**, opción **4**. Todos nuestros hospitales asociados ofrecen servicio de Acompañamiento 24/7.

#### Al llegar al hospital:

Es crucial que nos proporciones tu número de contacto, ya que un concierge se comunicará contigo en las próximas 24 horas para acompañarte durante tu Hospitalización y proporcionarte información detallada sobre:

Coberturas, suma asegurada y Coaseguro.	Gastos cubiertos y no cubiertos.	Pasos a seguir durante tu estancia.	Honorarios médicos.	Formatos necesarios.
---	----------------------------------	-------------------------------------	---------------------	----------------------

#### Cuando te den de alta:




- 1.**  
Informa en My AXA con el botón “Ya me dieron de alta”.
- 2.**  
Confirma que el hospital haya comunicado tu alta a AXA. Una vez que el hospital notifique el alta y tenga toda la documentación, el tiempo de respuesta será de máximo 2 horas.

Posteriormente, el Hospital y la Compañía procederán al cierre de cuenta. El concierge de acompañamiento 24/7 se pondrá en contacto contigo o tu familiar para proporcionar el estatus de tu alta, aclarar dudas, informarte sobre los gastos cubiertos y no cubiertos y orientarte sobre el proceso de pago. Para finalizar, acude a la caja del Hospital para realizar el pago correspondiente.



## ¿Qué gastos debes cubrir antes de salir del hospital?

Los gastos totales están conformados por los gastos cubiertos por la Compañía (hospital) + los gastos del Asegurado (Deducible, Coaseguro y gastos personales) + gastos excedentes (en caso de que apliquen). Veamos un ejemplo:

	<b>Gastos totales de cuenta hospital</b>	\$101,000
	Gastos personales (llamadas telefónicas, pañales, caja fuerte, entre otros)	— \$1,000-
<hr/>		
	<b>Gastos cubiertos</b>	= \$100,000
	Deducible (monto fijo contratado que aplica para los primeros gastos relacionados con tu enfermedad, accidente o padecimiento)	— \$5,000
<hr/>		
	<b>Gastos después de deducible</b>	= \$95,000
	Porcentaje de coaseguro (10%)	
	Coaseguro (porcentaje fijo que aplica a los gastos del hospital después del deducible y a los honorarios médicos)	— \$9,500
<hr/>		
	<b>Gastos después de coaseguro</b>	= \$85,500

Montos únicamente ilustrativos.



Para mayor información te compartimos la guía de del Asegurado: “Link de guía de acompañamiento”

## ¿Qué necesito para programar mi cirugía o Medicamentos de alta especialidad?

Reúne los siguientes documentos:

- Copia de los estudios de laboratorio o gabinete junto con la interpretación por parte del laboratorio en donde esté confirmado el diagnóstico. (actualizar cada 6 meses si aplica).
- Informe médico. (Actualizar cada 6 meses).
- Solicitud de Programación de Servicios médicos.
- Foto de tu tarjeta de seguro (descárgala desde My AXA), carátula de la Póliza o certificado individual.
- Copia de identificación oficial del Asegurado que será atendido.
- Es muy importante que nos compartas tus datos de contacto, número de teléfono y correo electrónico en el formato de solicitud de servicios programados o en la aplicación My AXA.
- Receta médica (actualizar cada 3 meses en caso de programación de Medicamentos).

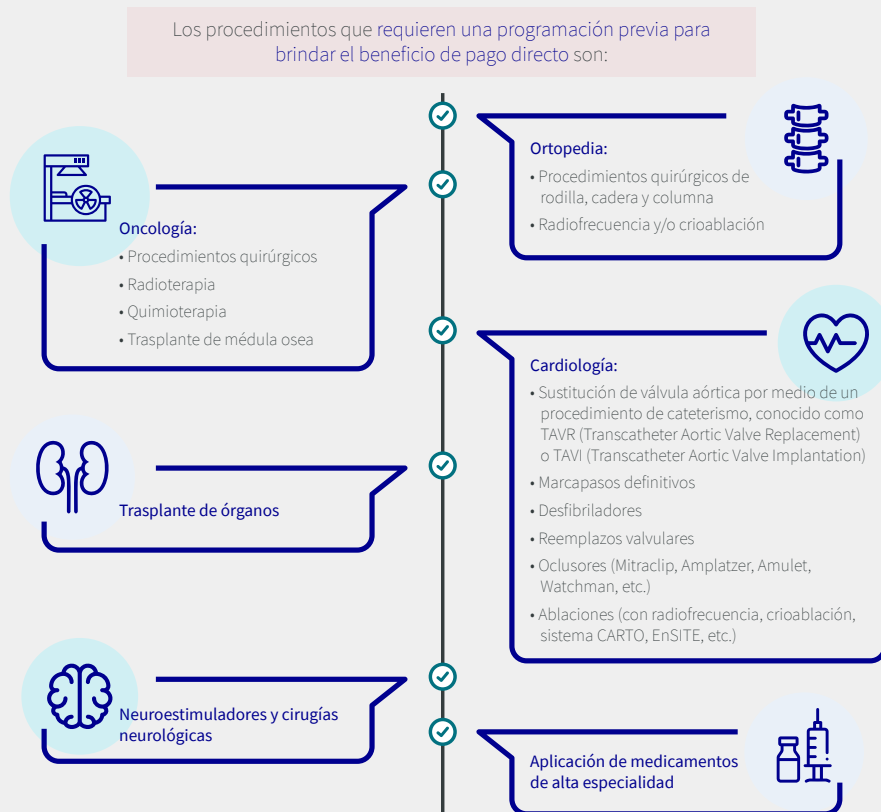
Presenta la documentación al menos 10 días hábiles antes de la fecha que programaste a través de My AXA o con tu asesor de seguros.

[Descarga la app aquí.](#)

Para cualquier duda sobre el proceso, comunícate al **800 001 8700**, opción **4**.

### Pago Directo de Siniestros específicos de GMM

En la Compañía, estamos comprometidos con ofrecer servicios de excelencia y brindar tranquilidad a nuestros Asegurados. Por ello te compartimos algunos de los procedimientos que deben ser programados y previamente autorizados por la Compañía para poder dar el beneficio de Pago Directo; en caso contrario, los gastos hospitalarios y honorarios médico/quirúrgicos corran a cargo del Asegurado, quien posteriormente deberá ingresar los comprobantes correspondientes para su valoración por reembolso.



**Nota:** en caso de que el Asegurado esté hospitalizado por alguna Enfermedad o procedimiento diferente a los mencionados y durante su estancia hospitalaria requiera realizarse de forma adicional alguno de los citados en la imagen anterior, deberá avisar a la Compañía para valorar la información y emitir respuesta.

En casos de urgencia médica, podemos realizar Pago Directo únicamente a lesiones súbitas, fortuitas e imprevistas que pongan en peligro la vida, órgano o función y que requieran de atención inmediata conforme a las Condiciones generales de la Póliza.

### **Beneficios de Pago Directo / Programación servicio**

- La Compañía asumirá el gasto procedente dejando solo a tu cargo el monto de Deducible, Coaseguro y los gastos no cubiertos.
- Identificarás previo a tu Hospitalización el monto de Deducible y Coaseguro que deberás cubrir, así como los desvíos personales y excluidos por contrato.
- Recomendaciones de beneficios adicionales en cada Hospital como cama extra para acompañantes, estacionamiento gratuito, kit de bienvenida, preadmisión, etc. (la información se actualizará por medio de la página de la Compañía).
- Puedes prever el gasto que la Compañía asumirá para tu atención requerida.

### **Pasos para solicitar un reembolso**

Tienes dos opciones

#### **1. My AXA haz clic para descargar desde tu celular o desde nuestro sitio web.**

Podrás solicitar tu reembolso en línea disponible las 24 horas, ingresa a la sección: Gastos Médicos/ ¿Cómo podemos ayudarte? / Tramitar un reembolso.

#### **2. Tradicional: por medio de tu asesor / agente de seguros**

Documentos obligatorios:

- Informe médico (en caso de reclamaciones complementarias, se deberá actualizar cada 6 meses).
- Identificación oficial de Asegurado vigente.
- Copia de estudios con Interpretación de estudios.
- Facturas vigentes.
- Formato Solicitud de reembolso (agregar liga para obtener formato).
- Copia de recetas médicas (en caso de reclamaciones complementarias, se deberá actualizar cada 3 meses).
- Documento cuenta CLABE.
- Comprobante de domicilio del beneficiario de pago.
- Copia de voucher o cheque expedido al Hospital o Médico en caso de haber sido atendido en el extranjero.

**Extracto:**

**Procedimientos para el uso de  
tu póliza- +Care, Guía para el  
uso de AXA Keralty**

### **Beneficios +Care**

Para acceder a los beneficios de este programa el Asegurado debe comunicarse al **800 AXA CARE (292 2273)** o [axacare@axa.com.mx](mailto:axacare@axa.com.mx) donde se le indicarán los pasos a seguir.




Cuando el Asegurado opte por no seguir las indicaciones del programa, se aplicará un Coaseguro del 80% (ochenta por ciento) del total del gasto, sin aplicar Tope de Coaseguro.

## Guía para el uso de AXA Keralty



Tu cobertura de gasto médico menor comienza ahora con Flex Plus. En caso de tener contratada la cobertura adicional con costo Planmed o Integral, tendrás acceso a beneficios exclusivos que podrás utilizar de la siguiente manera:

Tus coberturas en Clínicas Médicas AXA Keralty listas para usar:



Servicio	¿Qué incluye?	Modo de uso	¿Cuánto pagó?
 <p>Check Up</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta médica de valoración.</li> <li>• Set de laboratorios (a partir de 18 y hasta 99 años de edad).</li> </ul>	<p>Agenda tu Consulta médica en Clínicas AXA Keralty al <b>800 001 8700</b>, opción <b>5</b>.</p>	<p>Este servicio no tiene ningún costo adicional, ya es parte de tu cobertura Integral/ Intermedio en tu Póliza Flex Plus.</p>
 <p>Consultas de medicina general, ginecología y pediatría</p>	<p>Atención y servicio brindado por Médicos titulados y certificados. En modalidad presencial o virtual. Con plena confidencialidad de tu información en espacios físicos privados en Clínicas modernas y cómodas para toda la familia.</p>	<p>Agenda tus citas médicas al <b>800 001 8700</b> opción <b>5</b>, en el portal de clientes <a href="http://axakeralty.mx">axakeralty.mx</a> o en la app. En horario de 8:00 am hasta las 7:30 pm de L-S Los domingos contamos con servicio presencial llámanos para validar disponibilidad.</p>	<p>Este servicio no tiene ningún costo adicional, ya es parte de tu cobertura Integral/ Intermedio en tu Póliza Flex Plus.</p>
 <p>Consultas de nutrición (todas las edades)</p>	<p>Atención y servicio brindado por nutriólogos titulados que establecerán en conjunto objetivos clínicos a corto y largo plazo para alcanzar la meta de tu Tratamiento nutricional.</p>	<p>Agenda tus citas al <b>800 001 8700</b> opción <b>5</b>, en el portal de clientes <a href="http://axakeralty.mx">axakeralty.mx</a> o en la app. De L-S valida disponibilidad</p>	<p>Este servicio es parte de tu cobertura Integral/ Intermedio en tu Póliza Flex Plus hasta 12 Consultas por Vigencia.</p>
 <p>Consultas de psicología</p>	<p>Atención y servicio brindado por psicólogos titulados y capacitados en diversas corrientes en donde mediante intervenciones psicológicas en modalidad consulta virtual o presencial recibirás atención. Este espacio es confidencial para que te sientas seguro.</p>	<p>Agenda tus citas al <b>800 001 8700</b> opción <b>5</b>, en el portal de clientes <a href="http://axakeralty.mx">axakeralty.mx</a> o en la app. De L-S valida disponibilidad.</p>	<p>Este servicio es parte de tu cobertura Integral/ Intermedio en tu Póliza Flex Plus hasta 12 Consultas por Vigencia.</p>
 <p>Atención inmediata o no programada</p>	<p>Una revisión de nuestro personal de enfermería: toma de signos vitales y algunas preguntas sobre tus síntomas para determinar el nivel de prioridad de atención y protocolo de salud.</p>	<p>Asiste a Clínicas Médicas AXA Keralty de lunes a sábado, de 08:00 a 20:00 En la recepción registraremos tu información para realizar tu admisión.</p>	<p>El servicio de atención inmediata o no programada no tiene costo, sin embargo, algunos procedimientos del Médico dentro del consultorio podrían no estar en cobertura.</p>

Servicio	¿Qué incluye?	Modo de uso	¿Cuánto pagó?
 <p>Consultas con especialistas</p>	<p>Atención y servicio brindado por Médicos especialistas titulados y certificados. En Clínicas Médicas AXA Keralty podrás acceder a especialidades de segundo nivel: medicina interna, ortopedia-traumatología, urología, cirugía general, psiquiatría y otorrinolaringología.</p>	<p>Con tu referencia médica agenda tu cita al 800 001 8700, opción 5. Valida disponibilidad de agenda.</p>	<p>Este servicio no tiene ningún costo adicional con los especialistas mencionados, ya es parte de tu cobertura Integral/Intermedio en tu Póliza Flex Plus.</p>
 <p>Estudios de Laboratorio</p>	<p>Tomas de sangre, rayos X y ultrasonidos simples en Clínicas Médicas AXA Keralty y algunos proveedores de laboratorio.</p>	<p>Las tomas sanguíneas no requieren cita, asiste con tu referencia a cualquier Clínica Médica AXA Keralty de L-S de 8 a 11 am. Para consultar los horarios de rayos X y ultrasonidos disponibles llama al 800 001 8700, opción 5.</p>	<p>Consulta el catálogo de procedimientos incluidos como parte de tu cobertura Integral/Intermedio en tu Póliza Flex Plus.</p>
 <p>Terapias físicas de rehabilitación</p>	<p>Un número de sesiones indicadas por el Médico tratante con un licenciado en fisioterapia titulado y certificado en espacios amplios en Clínicas Médicas AXA Keralty.</p>	<p>Con tu referencia médica agenda tu cita al 800 001 8700, opción 5. Valida disponibilidad de agenda.</p>	<p>Este servicio no tiene ningún costo adicional ya es parte de tu cobertura Integral/Intermedio en tu Póliza Flex Plus.</p>

**Anexo 2: Tabla de indemnización para el Beneficio de Atención Médica.**

Especialidad	Monto a Indemnizar
 <p>Una Consulta o Videoconsulta al año con un Médico general, ginecólogo o pediatra.</p>	\$80.00
 <p>Una Consulta o Videoconsulta al año con un nutriólogo.</p>	\$80.00

Estudios	Monto a Indemnizar
 <p>Papanicolaou una vez por año Póliza (edad recomendada a partir de los 18 años).</p>	\$80.00
 <p>Antígeno prostático una vez por año póliza (edad recomendada a partir de los 40 años).</p>	\$80.00

**Extracto:  
Límites de la cobertura  
y gastos cargo del  
Asegurado**





## VIII. Límites de la cobertura y gastos a cargo del Asegurado

### 1. Pago de Indemnizaciones de Siniestros

Siempre y cuando los gastos médicos cubiertos en cada Siniestro rebasen el Deducible contratado, la cuantía del pago se determinará de la siguiente manera. Siempre se considerarán las condiciones de cobertura contratadas en la fecha de la erogación del gasto:

- Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites y condiciones establecidos en el Contrato de Seguro. En caso de Órganos Bilaterales, se aplicará un solo Deducible si al momento del diagnóstico inicial se confirma la afectación bilateral o la necesidad de Tratamiento de ambos lados. Se aplicará un Deducible por cada lado si el diagnóstico inicial y el Tratamiento se establecen en diferentes momentos.
- A la cantidad resultante señalada en el párrafo anterior se aplicará primero el Deducible contratado. Después sobre la cantidad resultante se aplicará lo correspondiente por concepto de Coaseguro contratado, de acuerdo con el porcentaje y hasta el Tope de Coaseguro establecidos en la carátula de la Póliza.
- La Compañía pagará al Asegurado, o a quien corresponda la indemnización que proceda, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.
- En caso de que el Asegurado cuente con gastos cubiertos por el mismo Siniestro por otras Pólizas de Seguro de esta u otra institución, estos serán tomados para cubrir el monto de Deducible en esta Póliza, debiendo presentar a la Compañía la documentación necesaria para comprobar la cobertura de dichos gastos.

#### Siniestros iniciales

Los gastos quedarán cubiertos de acuerdo con los límites y condiciones contratadas vigentes y estipuladas en la carátula de la Póliza al momento del inicio de la obligación por parte de la Compañía. La obligación por parte de la Compañía inicia cuando el total de gastos precedentes rebasa el monto de Deducible contratado en ese momento.

#### Pagos Complementarios

Los gastos subsecuentes se continuarán pagando de acuerdo con los límites y Condiciones Contratadas vigentes y estipuladas en la carátula de la Póliza al momento de la erogación del gasto, Lo anterior tendrá lugar siempre que los gastos médicos y hospitalarios hayan sido erogados dentro del territorio nacional y considerando que el Contrato de Seguro se encuentre vigente y al corriente en el pago de la prima o bien cumpla con lo estipulado en las cláusulas de Periodo de Beneficio o del Periodo de Gracia.

### 1.1 Aplicación de Suma Asegurada

La Suma Asegurada iniciará desde la fecha del gasto más antiguo Procedente ingresado a la Compañía para cada Siniestro y perdurará por el lapso elegido por el Contratante o Asegurado Titular estipulado en la carátula de Póliza, considerando que el Contrato de Seguro se encuentre vigente.

En caso de solicitar una nueva Suma Asegurada y esta haya sido aceptada por la Compañía, para los Siniestros que estuvieron amparados en la Póliza anterior al cambio, se aplicará la nueva Suma Asegurada estipulada en la Póliza en la Vigencia que corresponde al momento de la erogación del nuevo gasto, descontando la suma del monto erogado desde que se abrió el Siniestro en esta Compañía.

### 1.2 Aplicación de Deducible

#### Siniestro Inicial

El monto de Deducible se fija en el momento en el que los gastos rebasen el Deducible estipulado en la Póliza. Es decir, el Deducible que se aplicará será el vigente en el momento que el total de los gastos precedentes rebasen dicho monto; y una vez cubierto el Deducible, este no sufrirá actualización o ajuste a menos que exista Cambio de Plan o Cambio de Producto.

#### Pago de complementos

En caso de solicitar un cambio de Deducible y este haya sido aceptado por la Compañía, para los Siniestros que estuvieron amparados en la Póliza anterior, se reconocerá a cuenta de Deducible, el monto pagado por este concepto en dicha Póliza, es decir el Asegurado deberá cubrir el monto del nuevo Deducible y la Compañía tomará en consideración el monto aplicado por concepto de Deducible en la Póliza anterior, si el monto fuera mayor no se reembolsará el monto por este concepto. Para la cobertura de Continuidad Garantizada (CONT), el Deducible se deberá de cubrir en su totalidad, sin tomar en cuenta ningún otro monto pagado por este concepto.

En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada (CGAR) aplica lo especificado en dicha cobertura, siendo el Deducible de Conversión Garantizada el que deberá aplicarse, dejando sin efecto el Deducible de la cobertura básica.

### 1.3 Aplicación de Coaseguro

#### Siniestro Inicial

El Coaseguro se aplicará sobre todos los gastos procedentes en cada Siniestro hasta el Tope de Coaseguro, después de haber aplicado el Deducible contratado. Dicho porcentaje, así como el Tope de Coaseguro, están indicados en la carátula de la Póliza. El Tope de Coaseguro que aplicará será el vigente en el momento en el que el Asegurado cubra hasta el valor del Coaseguro, por cada Siniestro, hasta llegar al Tope de Coaseguro.

#### Pago de complementos




Aplica Coaseguro hasta que el monto por este concepto alcance el Tope de Coaseguro vigente en ese momento, incluyendo la cobertura de Conversión Garantizada (CGAR).

En caso de solicitar un cambio de Coaseguro y este haya sido aceptado por la Compañía, para los Siniestros que estuvieron amparados en la Póliza anterior, las aportaciones hechas por Asegurado serán consideradas a cuenta del nuevo Coaseguro hasta alcanzar el Tope de Coaseguro vigente en ese momento. En caso de que el Coaseguro aplicado en la Póliza anterior haya sido mayor, no se reembolsará la diferencia.

Para la cobertura de Continuidad Garantizada (CONT) el Coaseguro deberá ser cubierto en su totalidad hasta el Tope de Coaseguro, sin considerar a cuenta ningún monto pagado con anterioridad por este concepto.

El porcentaje de Coaseguro podrá modificarse si el Asegurado acude a un Hospital, Clínica o Sanatorio de Gama Hospitalaria diferente a la contratada de acuerdo con lo siguiente:

- Menor Gama Hospitalaria: se reducirán puntos porcentuales de Coaseguro sobre los gastos de la factura hospitalaria, de acuerdo con la tabla siguiente. El máximo beneficio para el Asegurado es hasta alcanzar el Coaseguro contratado.
- Mayor Gama Hospitalaria: se aplicará un porcentaje adicional al Coaseguro contratado sobre la factura hospitalaria, de acuerdo con la tabla siguiente.
- Hospitales, Clínicas o Sanatorios que no formen parte de los Prestadores en Convenio, serán considerados Gama Hospitalaria Diamante.

Gama Hospitalaria Contratada	Gama Hospitalaria de la atención		
	Diamante	Esmeralda	Zafiro
 Diamante	Coaseguro contratado	Reducción de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Reducción de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado
 Esmeralda	Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	Reducción de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado
 Zafiro	Aumento de 30 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado sin aplicar Tope de Coaseguro	Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Coaseguro contratado

Si el Asegurado se hospitaliza en una zona de tarificación distinta a la zona indicada en la carátula de la Póliza, aplicará disminución o aumento de Coaseguro sobre la factura hospitalaria, de acuerdo con la siguiente tabla. El aumento no aplica en caso de Emergencias Médicas.

Zona de atención contratada	Zona de atención hospitalaria			
	Metropolitana	Monterrey	Guadalajara	Otra
 <b>Metropolitana</b>	Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	Reducción de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Reducción de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado
 <b>Monterrey</b>	Aumento de 10 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	Coaseguro contratado
 <b>Guadalajara</b>	Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Aumento de 10 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	Coaseguro contratado
<b>Otra</b>	Aumento de 20 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Aumento de 10 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Coaseguro contratado

En caso de que el Asegurado reciba atención médica en una Gama Hospitalaria y zona diferente a las contratadas, aplicará la suma de las tablas previas.

En caso de disminución, el máximo descuento a favor del Asegurado es para alcanzar el Coaseguro contratado.

El Tope de Coaseguro podrá modificarse de acuerdo con lo siguiente:

1. Si se aplica el Coaseguro contratado o hay una disminución de este, el Tope de Coaseguro que aplicará será el indicado en la columna “Contratado” de la siguiente tabla.
2. Si se aplica un Coaseguro mayor al contratado, el Tope de Coaseguro que aplicará será el indicado en la columna “Superior” para todos los gastos del Siniestro, aunque el Asegurado regrese a su Gama Hospitalaria o zona contratadas, de acuerdo con la siguiente tabla.

Coaseguro contratado	Tope de Coaseguro	
	Atención en Gama Hospitalaria o Zona de atención	
	Contratado	Superior
10%	\$55,000	\$160,000
15%	\$80,500	\$190,000
20%	\$100,050	\$210,000
30%	\$115,000	\$250,000

## 1.4 Aplicación de Periodo de Pago de Siniestros

El Periodo de Pago de Siniestro iniciará desde la fecha del primer gasto procedente ingresado a la Compañía para cada Siniestro, y perdurará por el lapso elegido por el Contratante o Asegurado Titular estipulado en la carátula de la Póliza, siempre y cuando el Contrato de Seguro se encuentre vigente.

Se entiende como fecha del primer gasto procedente al gasto más antiguo ingresado a la Compañía en que el Asegurado incurre para la atención de un Siniestro.

**En el caso de solicitar un nuevo periodo y ser aceptado por la Compañía, se aplicará a los Siniestros que estuvieron amparados en la Póliza anterior al cambio, descontando el tiempo transcurrido desde la apertura del Siniestro.**

## 1.5 Pago directo y Programación de Servicios

El Asegurado podrá acceder a los beneficios de Pago Directo y Programación de servicios a través de los cuales la Compañía podrá realizar directamente el pago total o parcial a los prestadores de servicios.

**El servicio de Pago Directo y Programación se otorgará al Asegurado siempre y cuando la Compañía cuente de manera oportuna con toda la información suficiente para determinar la procedencia o improcedencia del pago. En caso de que el Asegurado no proporcione de manera oportuna toda la información necesaria para dictaminar la procedencia del pago o haya alguna duda sobre la procedencia de la solicitud, la Compañía estará impedida para realizar el Pago Directo.**

**Al ser el Asegurado quien elige el Médico, Hospital, laboratorio, gabinete o farmacia con quien desea atenderse o adquirir Medicamentos o insumos médicos, la Compañía no se hace responsable por las deficiencias o fallas en la práctica médica, ni por los servicios prestados por los proveedores.**

**La Compañía únicamente es responsable del pago a los Prestadores en Convenio o por el Reembolso al Asegurado de los gastos médicos y hospitalarios procedentes y cubiertos por este Contrato de Seguro.**

# **Extracto: Cobertura ECMO**

**No se cubren los gastos administrativos, de preservación, transporte, manejo ni de importación de las células troncales hematopoyética, córneas y tejidos para trasplantar.**

**Gastos de procuración ni de importación de córneas, tendones, ligamentos, piel y hueso de origen cadavérico.**

### 1.9 Dispositivos Médicos

Gastos originados por la renta o compra de Dispositivo Médico que se requiera a consecuencia de un Siniestro, siempre y cuando sea Médicamente Necesario.

#### a) Equipo Médico

##### i. Equipo médico dentro del Hospital:

Gastos por el equipo médico necesario para el Tratamiento del Asegurado durante su estancia hospitalaria, cuando estos sean indicados por el Médico tratante.

- El monitoreo neurofisiológico se cubre únicamente para los siguientes procedimientos:

- Cirugía de columna cervical.
- Cirugía de nervios craneales: facial, hipogloso, trigémino, glossofaríngeo y espinal.
- Cirugía de cáncer de tiroides con resección total.
- Cirugías de columna lumbar, con reintervención por procedimiento fallido del mismo segmento afectado.

Siempre y cuando los Médicos y Hospitales en que se lleve a cabo cuenten con la certificación de neurofisiología.

La Suma Asegurada por el uso del monitoreo neurofisiológico es de \$120,000 (ciento veinte mil pesos 00/100 moneda nacional) por cada ocasión que sea necesario.

- Quedarán cubiertos los gastos médicos derivados del uso de la Tecnología de Oxigenación de Membrana Extracorpórea (ECMO), siempre y cuando:

- Tenga autorización previa de la Compañía.
- Cuente con segunda opinión médica que confirme su procedencia.
- El Hospital y Médico tratante cuenten con certificación vigente emitida por la Extracorporeal Life Support Organization (ELSO) y demás instituciones aceptadas como autoridades en la materia, para el uso, manejo y colocación del equipo.
- No forme parte de un Tratamiento en investigación.



**Llámanos a la línea  
exclusiva de Salud  
800 001 8700  
axa.mx**

VI-XXX • XXXXX 20XX